



Artículo de Interés

Clinitaria: anotaciones para acompañamientos comunitarios en salud mental

Clinitaria: annotations for communitarian supports in mental health

Barúa Caffarena A*.

Departamento de Salud Comunitaria. Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Asunción.

RESUMEN

Lo que sigue cuenta de la sistematización de múltiples experiencias territoriales colectivas a nivel nacional, que venimos - la voz es plural pues narra de procesos sustancial y políticamente colectivos pese a que sea portavoz el autor - trabajando como trabajadores de salud mental (estatales y voluntarios) desde el 2004. Queremos producir formas de acompañar no manicomiales en salud mental. Pretendemos ir trascendiendo los ámbitos centrados omnipotentemente en profesionales, mercantilismos, hospitales y cientificismos. Para esto estamos produciendo *clinitaria*, concebida como búsqueda fluida y líquida que pueda armonizarse con lo comunitario en tanto procesos complejos, incompatibles con lo rígido. Aquí compartiremos algo de este tránsito vivido en diferentes lugares del Paraguay, en la segunda mitad de la primera década del siglo XXI: nociones que venimos produciendo, horizonte teórico abierto a nuevos aportes, nuestras experiencias en y con comunidades y, un poco, lo que emerge de ellas. Aquí va una injusta síntesis, deseando que les sirva, para inventar e inventarse en estos acompañamientos.

Palabras clave: Clinitaria – Salud mental comunitaria – Paraguay.

ABSTRACT

We want to create forms of non institutional follow up on mental health. we intend to transcend the areas focused omnipotently in professionals, commercial, hospital and scientism. In order to achieve this we are producing *clinitaria*, conceived as fluid and liquid searches that can be harmonized with the community as complex processes, incompatible with the rigid. Here we share some of this transit lived in different parts of Paraguay in the second half of the first decade of the XXI century: notions that we have been producing, theoretical horizon open to new contributions, our experiences in and with communities and what emerge from them. Here goes an unjust synthesis, wishing you find it useful, to elaborate yourself about it.

Key words: Clinitaria - Mental Community Health – Paraguay.

Autor correspondiente:* **Agustín Barúa Caffarena. Mallorquín 969 entre 20 y 21 – Barrio Sajonia – Asunción. Cel: 0983-118703 E-mail: utopiandoya@gmail.com

INTRODUCCIÓN

*Resulta demasiado fácil al establishment psiquiátrico
definir nuestro trabajo como falta de seriedad y de respetabilidad científica.
Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que en fin de cuentas
nos asignaron toda la falta de seriedad y de respetabilidad
atribuida desde siempre al “enfermo mental”, así como a todos los excluidos*
Franco Basaglia

Esta frase del referencial fundador de la psiquiatría democrática italiana, cuenta de las resistencias que tuvieron en su tarea de cerrar hospitales psiquiátricos, sustituyéndolos por otros servicios más cercanos a la vida cotidiana, y respetuosos de la complejidad del ser humano. A modo de homenaje, va, a continuación, este escrito.

Este trabajo busca sistematizar “clinitaria”. Esta surge a partir de preguntarnos como podemos ir acercándonos, vinculándonos y acompañando, procesos comunitarios. Si bien los abordajes en que se basa este trabajo fueron realizados por trabajadores estatales, voluntarios, activistas religiosos, colectivos antimanicomiales, el trabajo de sistematización es responsabilidad del autor (de seguro, en particular, sus limitaciones). Estas anotaciones están dirigidas a personas que, desde el ámbito universitario, también intentan acompañar en salud mental experiencias en ámbitos vecinales.

Comenzamos definiendo qué entendemos por “clinitaria”, “salud mental comunitaria” y “sensibilidades comunitarias”. Continúa presentando nuestras referencias teóricas. Proseguimos con un breve relato de lo vivido en torno a esto, en distintas zonas del Paraguay hoy, vinculadas a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) y terminamos construyendo algunas reflexiones generadas en la evaluación de nuestras prácticas del primer año de este proceso. El término clinitaria, busca:

- . sintetizar lo fragmentado en los discursos disciplinares entre los debates clínicos y comunitarios,
- . encontrar alianzas en fuerzas instituyentes de diferentes campos.

DESARROLLO DEL TEMA

Nociones desde las que pensamos

Estas nociones fueron construidas a partir de:

- entender lo comunitario como algo que desborda las fronteras del mundo disciplinar académico local, signado por sus construcciones (1) y reduccionismos (en el campo psiquiátrico, particularmente el biologicista) desde el prevalente modelo médico hegemónico (2), que piensa desde los “trastornos mentales”.
- criticar el predominante enfoque positivista de la enseñanza clásica (pretendida ausencia del investigador/profesional, supuesta objetividad y neutralidad del mismo); en palabras de Galende:

La ilusión de objetividad en este campo, que retomaré mas adelante, se apoya en un mal entendido, ignora que lo objetivo y la objetividad como cualidad del pensamiento, son construcciones del hombre ¿Quién sino un sujeto cognoscente podría fijar las condiciones de esa objetividad? (2008: 46).

O sea: más que pretender un lugar de aparente pura neutralidad, reconocer desde que presupuestos pensamos, y abrir el debate con las otras posiciones.

- buscar mejorar las condiciones del debate sobre las relaciones de poder (4), tema frecuentemente malignizado en nuestras aulas.

- discutir la concepción instalada de que la salud es una mercancía –restringida a quien pueda pagarla- y no un derecho para, y construida entre, todas.

Entendemos entonces por "clinitaria" aquella modalidad de acompañamiento en salud mental desde sensibilidades comunitarias. Estas sensibilidades están articuladas por lo transdisciplinario, lo intercultural, lo antimanicomial y la opción popular. Ellas operan como transversalidades.

En cuanto a lo transdisciplinario, entendemos, que lo comunitario es de una cualidad intrínsecamente compleja, por esto, trabajamos desde una mirada trans (ni multi ni interdisciplinaria), caracterizada por construir sus preguntas desde lo que emerge en los procesos de acompañamiento y no desde lo disciplinario (ej. solo desde la psiquiatría comunitaria).

Lo intercultural, aquí entendida como la construcción de relaciones de diferencia no jerárquica entre saberes, haceres y sentires “académicos y no académicos”. Al trabajar con ciertos grupos sociales (llamados populares), esto, nos es de importancia política y subjetiva, crucial.

Lo antimanicomial: se entiende a través de tres ejes de sentido: 1). Estigmatización o descalificación de la diferencia; se entiende la locura como una posición incomprensible, invalidada y subordinada a una racionalidad única. 2). Encierro: como la lógica de respuesta básica para esta concepción de “lo loco”; esto fundamentado en la idea de peligrosidad, argumento esgrimido como legitimador de estos abordajes. 3). Discriminación por clase social: este es un subyacente de la segregación. Su elemento fundante es una lógica de utilidad en la que se pune a la “locura” por “improductiva”.

Lo de opción popular, entiéndase no como un “estar a favor o en contra”, sino como “estar con” (5), pensar haciendo con ellos.

Es entendida por "salud mental comunitaria", no una situación dada de una vez y por siempre, sino como un proceso (compuesto por relaciones sociales cotidianas, complejas, contradictorias, caóticas), que se va dando en la medida en que, en el ámbito de una comunidad, sus integrantes, simultáneamente reconocen su situación, responden a sus necesidades, disfrutan, exigen sus derechos y se solidarizan con otras comunidades.

Es entendida "sensibilidades comunitarias" ciertas referencias que operan como sugerencias para nuestro acompañar los procesos comunitarios. Como esta tarea, no la abordamos desde un mapa fijo sino como un proceso en movimiento, es para este transitar que son propuestas las sensibilidades. A las mismas, elegimos metafóricamente llamarlas localizar-nos, erótica social, tempos, compro-meterse, utopi-andando, re-conocer-nos. A continuación describiremos brevemente a que nos referimos con cada una -sabiendo que ellas merecen para su comprensión, una presentación más extensiva-, uniéndolas a autores que nos resultan fundamentales y fundadores de esto.

Horizonte teórico: Inspiraciones para la propuesta de clinitaria.

Esta reflexión es basada en la lectura de autores provenientes de disímiles tradiciones teóricas y disciplinares (antropología social, educación popular, esquizo-análisis, psicodrama, redes sociales, grupos operativos, sociología). Esta heterogeneidad es entendible desde que, desde clinitaria, nos ubicamos, no en una pregunta a resolver, sino en un campo “que rescata lo diverso como aquello que agrupa lo discontinuo, sin cultivar lo homogéneo” (6).

Así, la lógica sería otra, citando a Ana María Fernández:

Problemas que en sus derivas e insistencias presentan puntos y momentos de conexión y desconexión que enlazan y desenlazan, que insisten y mutan, pero que al volver una y otra vez sobre lo mismo, van armando método. Se retoma aquí la acepción griega del término met-odhos: ponerse en camino, distanciándose de la idea moderna profesionalista del mismo, en tanto repertorio de técnicas a implementar. (2008: 30).

Clinitaria, como construcción teórica, viene siendo trabajada desde dos espacios: 1). El trabajo de campo y las reflexiones en aula en la materia abordaje comunitario I, dentro de la carrera de Psicología Comunitaria (UNA), y 2). El departamento de Salud Comunitaria de la Cátedra de Psiquiatría (FCM-UNA).

En la siguiente tabla, traemos un resumen esquemático de algunas ideas fundamentales para describir las sensibilidades y los autores que nos sirvieron de inspiración:

Tabla. Sensibilidades comunitarias, descripción de las mismas

Sensibilidades	Descriptoros	Autores
localizar-nos	trabajar desde lo territorial como referencia para comprender	Armando de Negri (8)
	dignificar las culturas locales (descolonizar)	Patricio Guerrero (9)
	armonizar nuestra tarea con el caos, la complejidad y la incertidumbre, características de lo comunitario	Denise Najmanovich (10)
erótica social	partir de lo sano	Alicia Fernández (11) Mujeres creando (12)
	trabajar con la noción del inconsciente desde lo esquizo-analítico	Maite (Larrauri (13) (Saidón, 14)
tempos	priorizar los abordajes en dispositivos grupales	Eduardo Pavlovsky (15) Rene Kaës (16) Enrique PichonRiviere(17)
	trabajar desde lo dialógico	José Luis Rebellato (18) Paulo Freire (19)
	operar desde un movimiento de ida y vuelta entre la acción y la reflexión	Paulo Freire (20) Orlando Fals Borda (21)
	acompañamiento buscando comprender lo cotidiano, cuidando los tiempos y ritmos locales	Alfredo Moffatt (22) Rosana Guber (23)
	ir tejiendo vínculos y redes	Elina Dabas (24)
compro-meterse	construcción de espacios horizontales de decisión colectiva y pública	Raul Zibechi (25, 26, 27) Marina Sitrin (28) Ligas Agrarias Cristianas (29, 30)
	análisis, comprensión y deconstrucción de las relaciones de poder	Michael Foucault (3) James Scott (31)
utopi-andando	reconocimiento de que cada ser va cambiando, esto es su singularidad	Felix Guattari (32)
	potencias entendida como lo que vamos siendo	Gilles Deleuze (33)
	reivindicación de que ante una realidad que nos resulta aplastante, debemos ir colándonos por sus grietas	Alfredo Moffatt (34)
re-conocer-nos	promover espacios y prácticas sistemáticas en las que podamos repensarnos, tanto cada quien, como por grupos de trabajo	Eduardo Pavlovsky (35)
	reivindicar el discurso de la locura como legítimo, buscando abordar complejamente los sufrimientos psíquicos	Franco Basaglia (36) Eduardo Menéndez (2) Foro Permanente de Salud Mental
	sostener nuestro aporte teórico – metodológico	Todos los anteriores autores

Experiencias de acompañamientos comunitarios

Las experiencias desde las que venimos construyendo clinitaria, consisten en acompañamientos comunitarios que dividimos en dos momentos:

A). Entre el 2004 y el 2008: realizamos, entre médicos, psicólogos, vecinos, estudiantes universitarios y activistas religiosos, en tres zonas del territorio nacional como ser:

- Unidad de Salud Mental (USM) de San Ignacio (Misiones): Consistió en un trabajo desde el hospital distrital local, en el que pretendimos articular lo hospitalario con procesos de y en la comunidad (organización de usuarixs y allegadxs, instituciones educativas).

- Unidad de Salud Mental (USM) de Villa Cerrito (Zona Sur, Fernando de la Mora): Esta experiencia generó un grupo llamado “las chismosas”, mujeres cuyos hijos están judicializados por robo y uso de drogas ilegalizadas.

- Acompañamiento Comunitario a la organización vecinal CAMSAT (Bañado Tacumbú): Trabajamos con sus promotoras voluntarias: con visitas domiciliarias junto con ellas (que están distribuidas por zonas geográficas de responsabilidad), resaltando los recursos sanos en cada situación, tratando de reconocer desde lo local la complejidad de cada situación, deconstrucción de la dicotomía sano/loco.

B). Desde finales del 2008: estamos acompañando dentro de la red de APS del MSP (uno de los llamados programas emblemáticos, del poder ejecutivo tras la votación nacional del 20 de abril del 2008) a siete equipos de salud de la familia (ESF); esta labor la llevamos con el colectivo “el ombligo de Ingrid”, el mismo lo integramos 3 estudiantes universitarios (psicología, medicina) y un psiquiatra; nuestras tareas son: idas semanales a cada comunidad (en conjunto un profesional y un/a estudiante), periódicos encuentros de evaluación y planificación, espacio de acompañamiento de nuestro proceso con una psicóloga psicoanalista.

Como aspectos nuevos, en cada comunidad, “se trabajó” toda intervención en coordinación con los profesionales de cada equipo, además de la inclusión en nuestra perspectiva de participación comunitaria como salud; resaltamos que esta es la primera vez que tenemos gran afinidad con una política estatal concreta.

Reflexiones a partir de nuestras experiencias de acompañamiento

Desde las evaluaciones de nuestros procesos, extraemos los siguientes puntos:

“Destripamientos”: Los destripamientos vienen siendo espacios grupales donde, con cada ESF y desde referencias de grupo operativo y psicodrama, trabajamos las tensiones vinculares en el proceso grupal. Resaltamos que, en la última evaluación del colectivo, vimos que debíamos darle mayor espacio a la alegría en esos encuentros.

Arte y salud: Vimos como de enorme valor para la tarea, los criterios de salud psicodramáticos – creatividad y espontaneidad-, por lo que creemos que debemos promoverlo en los espacios comunitarios. Una reflexión, a partir de esto, sobre la composición de los equipos de salud en ámbitos comunitarios es que su nuevo perfil no solo requiere nuevas prácticas a las profesiones habitualmente consideradas “de salud”, sino que también demanda de otras profesiones: en arte y deportes, antropología, sociología. Si bien esto puede parecer una obviedad en ciertos ámbitos, aun aquí no tiene inclusión efectiva, dentro de las políticas estatales.

No reproducción de “lógicas de consultorio”: Evaluamos -a partir de que nos era tremendamente difícil acompañar a todas las personas que visitábamos en sus casas-, que estábamos, reproduciendo “ese pequeño manicomio de a dos”, trayendo nuevamente lo que decíamos criticar, por lo que nos decidimos, para intentar transformar esto, apuntar a:

1. Diseñar con la comunidad de cada territorio (ESF, personas vinculadas), un reconocimiento participativo de sus emergentes comunitarios en salud mental, y a partir de esto, elaborar juntos, planes de trabajo. Aquí una cuestión que nos es central: reconocer la vergüenza como una cuestión que, en gran

medida, dificulta los lazos sociales solidarios y, por ello, avanzar en los abordajes grupales (ej. grupos de inter-ayuda).

2. Acordar con cada equipo cuales son los temas en salud mental que abordaremos con ellos presencialmente (ej. crisis de relacionamiento), y cuales lo harán ellos con contacto telefónico al momento, a través de un encuentro mensual con profesionales pero dónde, quienes vamos por salud mental, no tendríamos una presencia directa.

3. Revisar periódicamente con las agentes las planillas en las que llevan un registro de las personas que acompañan en salud mental.

Mayor Inclusión de la idea de participación como salud: Vimos que apoyar la salud es avanzar en la línea de salud planteada por Pichon-Riviere, que resalta la adaptación activa a la realidad y la transformación del sujeto y su medio. Para ello, nos proponemos acompañar el proceso de construcción participativa local de cada ESF en su territorio, lo que, de por sí, incluye la perspectiva de APS, pero tratando de ver nuestra capacidad de sostenimiento como colectivo; en este sentido, una de las formas pudiera ser, hacer parte de la preparación de las agentes comunitarias en coordinación de grupo.

Sostener nuestro proceso como colectivo en un movimiento de acción y reflexión: Vimos que la pérdida de esto, nos expone a múltiples dificultades.

Sin duda que las rigideces que vemos en las comunidades nos atraviesan y su elaboración cotidiana nos exige estar atentos.

CONCLUSIÓN

En este trabajo nos hemos propuesto elaborar algunas anotaciones para acompañar comunidades en salud mental. En ese sentido realizamos un tentativo de conceptualización de la noción de *clinitaria*, vocablo inédito que tiende a relacionar lo "clínico" con lo "comunitario", a partir de sensibilidades comunitarias, horizontes teóricos novedosos y reflexiones sobre experiencias.

Pensamos que esta propuesta pueda contribuir a la reflexión sobre los abordajes en salud mental, en particular, en los espacios urbanos marginalizados. La hipótesis que proponemos es que *clinitaria* sea un espacio en construcción:

- por un lado, complementario a otras experiencias alternativas de la salud mental tales como las salas psiquiátricas en hospitales generales, los centros diurnos o los talleres protegidos.
- por otro, sustitutivo de las lógicas manicomiales centradas en la estigmatización, en el encierro y en la discriminación social.

AGRADECIMIENTOS

A Ángel Saua Llanes, de gran colaboración para estructurar este trabajo.

Al Colectivo el ombligo de Ingrid, compañeras de este pensar, de este hacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goffman E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1970.
2. Menéndez E. *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. En: Asociación de médicos residentes del hospital de niños Ricardo Gutiérrez y comisión argentina de residentes. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*. Buenos Aires; 1988.
3. Galende E. *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. P. 46. Buenos Aires; Lugar Editorial; 2008.
4. Foucault M. *Microfísica del poder*. 3ra Edición. Ediciones de La Piqueta. España 1991.

5. Reguillo, R. subjetividad, crisis y vida cotidiana. Acción y poder en la cultura. En: Grimson A (Comp.). La cultura en las crisis latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO; 2004. Pp. 249 – 270.
6. Fernández AM. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. P. 28. 2da Edición. Buenos Aires: Biblos; 2008.
7. Fernández AM. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. P. 30. 2da Edición. Buenos Aires: Biblos; 2008.
8. Maingon, T (Coord.). Balance y perspectivas de la política social en Venezuela. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales; 2006.
9. Guerrero P. Corazonar. Una antropología comprometida con la vida. Asunción: FONDEC; 2007.
10. Najmanovich D. El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En: Dabas E, Najmanovich D (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós; 1999. 33 – 76.
11. Fernández A. Psicopedagogía en psicodrama. Habitando el jugar. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.
12. Mujeres creando. La virgen de los deseos. Buenos Aires: Tinta limón; 2005.
13. Larrauri M. El deseo según Gilles Deleuze. Valencia: Tàndem; 2000.
14. Saidón O. Clínica y sociedad. Esquizoanálisis. Buenos Aires: Editorial Lumen; 2002.
15. Pavlovsky E. Clínica grupal I. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1974.
16. Kaës R. El psicodrama psicoanalítico de grupo. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
17. Pichon-Riviere E. El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión; 1999.
18. Rebellato JL. Ética de la autonomía. Desde la práctica de la psicología con las comunidades. Montevideo: editorial Roca Viva; 1997.
19. Freire P. Hacia una pedagogía de la pregunta. Conversaciones con Antonio Faundez. Buenos Aires: Ediciones La Aurora; 1986.
20. Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Editorial Siglo XXI; 1970.
21. Fals Borda, O, Rahman, A. La situación actual y las perspectivas de la IAP en el mundo En: Salazar, M. (Comp.). La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos. Buenos Aires: Ed. Humanitas; 1992. Pp 205- 221.
22. Moffatt A. Psicoterapia del oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular. Buenos Aires: Editorial Hmanitas; 1988.
23. Guber R. El Salvaje Metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2004.
24. Dabas E. Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1993.
25. Zibechi R. Autonomías y emancipaciones. América latina en movimiento. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2007a.
26. Zibechi R. Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. pp. 185 – 188. Observatorio Social de Latino América. Enero, 2003b.
27. Nuin S. Dibujando fuera de los márgenes. Entrevista a Raúl Zibechi. Buenos Aires: Editorial La Crujía Ediciones; 2008.
28. Sitrin M. Horizontalidad: Voces de Poder Popular en Argentina. Chilavert; 2005.
29. Fernández D. La herejía de seguir a Jesús. Intrahistoria de las Ligas Agrarias Cristianas del Paraguay. Asunción: Arandurã; 2006.
30. Telesca I. Ligas agrarias cristianas 1960 – 1980. Orígenes del movimiento campesino en Paraguay. Asunción: CEPAG; 2004.
31. Scott J. Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos. México: Ediciones Era; 2004.
32. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica. Cartografías de deseo. Buenos Aires: Tinta limón; 2005.
33. Deleuze G En medio de Spinoza. Buenos Aires: Cactus; 2006.
34. Moffatt A. En caso de angustia, rompa la tapa. Buenos Aires: Editorial Astralib; 2004b.
35. Pavlovsky E, Frydlewsky L, Kesselman H. Las escenas temidas del coordinador de grupo. Madrid: Editorial Fundamentos; 1979.
36. Basaglia F. La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral Editores; 1972.

